

DEMANDE ENREGISTREMENT

DIAGNOSTIC



SOS OXYGENE SA

ROUTE DES AVOUILLONS 4 • 1196 GLAND • SUISSE / SWITZERLAND

N° +41 22 300 01 00 email : medicalsosoxygene@hin.ch

PATIENT

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal / Commune : _____

Téléphone : _____

Natel : _____

Email : _____

ENREGISTREMENT

OXYMETRIE

OXY-CAPNOMETRIE

POLYGRAPHIE VENTILATOIRE

CONDITION D'ENREGISTREMENT

Durant la nuit

Sous CPAP

Durant 24H Durant 48H

Sous VNI

Sous Air Ambiant

Sous CPAP + O2 débit : _____ L/min

Sous O2 débit : _____ L/min

Sous VNI + O2 débit : _____ L/min

ETABLISSEMENT

DATE DE LA PROCHAINE
CONSULTATION :

/ /

DOCTEUR